

EVERTON LUZ VARELLA*

Spinal cord
Am

ETIOLOGIA DO ABDOME AGUDO NA CRIANÇA
ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 192 CASOS

TRABALHO CIENTÍFICO

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

*DOUTORANDO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Blumenau, 25 de novembro de 1985.

EVERTON LUZ VARELLA

ETIOLOGIA DO ABDOME AGUDO NA CRIANÇA

ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 192 CASOS

Trabalho apresentado ao Departamento de Pediatria da UFSC como parte dos requisitos para a conclusão da 11ª fase do Curso de Graduação em Medicina.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Blumenau, 25 de novembro de 1985.

A meus pais,

que não mediram esforços pa
ra proporcionar o meu modes
to, porém significativo ,
conhecimento médico atual .

Meus Agradecimentos,

ao Prof. Dr. Murillo Ronald Capella, expoente da cirurgia pediátrica brasileira e grande incentivador do cientifismo entre os acadêmicos de medicina; aos Srs. Drs. Sérgio Lobato Kander e Romualdo Izon Heil cirurgiões pediátricos do Hospital Santa Isabel de Blumenau, e responsáveis pela abordagem cirúrgica da maioria dos casos aqui analisados; a Srta. Mylene Linhares Costa, estudante de arquitetura, a quem devo todo o trabalho gráfico; e aos funcionários do departamento de arquivamento médico do hospital acima citado cuja prestatividade verdadeiramente me surpreendeu.

Í N D I C E

RESUMO.....	6
INTRODUÇÃO.....	8
CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	10
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
CONCLUSÕES.....	61
SUMMARY.....	63
REFERÊNCIAS.....	65

R E S U M O

Foram estudadas 192 crianças internadas no Hospital Santa Isabel da Sociedade Divina Providência de Blumenau (SC), portadoras de ABDOME AGUDO, no período de janeiro de 1980 a abril de 1985.

As etiologias foram agrupadas em quatro (4) síndromes: OBSTRUTIVA, INFLAMATÓRIA, PERFURATIVA e HEMORRÁGICA.

Os pequenos pacientes fragmentaram-se quanto à idade em: RECÉM-NASCIDOS, LACTENTES e CRIANÇAS MAIORES.

A doença teve distribuição predominante no sexo masculino (125 casos - 65,10%).

No primeiro ano de vida a SÍNDROME OBSTRUTIVA predominou com 60 casos (96,77%).

A SÍNDROME INFLAMATÓRIA foi encontrada exclusivamente entre as crianças maiores (85 casos).

No grupo etário dos lactentes ocorreram somente quadros abdominais agudos OBSTRUTIVOS (46 casos).

A classificação sídrômica dos quadros abdominais a-

gudos e a valorização do grupo etário proporcionam uma maior certeza diagnóstica e conseqüentemente uma orientação terapêutica melhor conduzida.

No que se refere à criança recém-nascida ou não, o que realmente importa, é que na verdade trata-se de uma emergência diagnóstica. Urgente é decidir se devemos tratar o pequeno paciente clínica ou cirurgicamente.

I N T R O D U Ç Ã O

Embora impróprio sob o ponto de vista linguístico , mas de uso corrente na nomenclatura médica, o termo " ABDOME A GUDO " compreende todos os fenômenos patológicos que se instalam repentinamente na cavidade abdominal que, por sua frequência e pela diversificação dos processos mórbitos que o provocam, cria um sério problema que o pediatra e o cirurgião pediatra têm de enfrentar quase que diariamente.^{8,15}

Entende-se o abdome agudo, em linguagem clínica, como um quadro de sinais e sintomas graves, de diferentes etiologias, e que possuem em comum a terapêutica cirúrgica.^{8,11,14,21}

É de norma aceitar, em crianças que antes sentiam-se bem e subitamente começam a apresentar dores abdominais agudas durante o período mínimo de 6 horas, que estas dores provavelmente são provocadas por afecções passíveis de cirurgia.^{2,10}

De acordo com as suas múltiplas etiologias, a sintomatologia do abdome agudo surge com características diferentes dificultando o seu diagnóstico. Não obstante, com a defini -

ção do quadro clínico e através do auxílio dos exames complementares, é possível uma classificação sindrômica, que autoriza o tratamento cirúrgico.^{8,14}

Colocar o problema do diagnóstico do abdome agudo em termos de "DEVE OU NÃO OPERAR", pode, à primeira vista, ser passível de crítica. É evidente que todo o esforço deve ser dedicado à obtenção de um diagnóstico preciso e completo da lesão. Esse é o ideal em qualquer setor da medicina e, mais ainda, na cirurgia de urgência.¹³ A complexidade do abdome agudo, principalmente em crianças, as dificuldades de realizar um exame clínico adequado, e a urgência do caso, nem sempre permitem um diagnóstico perfeito.^{13,14} Nessa situação, decidir-se é preciso ou não operar, praticamente já soluciona o problema. A referida orientação retira-nos a responsabilidade de um diagnóstico etiológico. Entretanto, deve-se ter em mente as possíveis etiologias da síndrome aguda em questão, bem como seu tratamento específico, sem o que, mesmo com o abdome exposto, poderão nos passar despercebidas.

Objetivou-se com este trabalho fazer um estudo analítico retrospectivo de 192 casos de abdome agudo em crianças até quinze anos de idade, internados no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Santa Isabel da ordem religiosa Divina Providência de Blumenau (SC), no período compreendido entre janeiro de 1980 e abril de 1985, no que concerne à etiologia e à distribuição em síndromes e em grupos etários, já que a idade do paciente é fator, sem igual, no diagnóstico diferencial.^{8,14,21}

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foi realizada uma análise retrospectiva de crianças internadas no Hospital Santa Isabel da Sociedade Divina Providência de Blumenau (SC), com o diagnóstico de Abdome Agudo, no período de 1º de janeiro de 1980 a 30 de abril de 1985.

A amostra consiste no estudo de 192 pacientes, sendo 125 (65,10%) do sexo masculino e 67 (34,89%) do sexo feminino.

Com o intuito de tipar os abdome agudos pesquisados, optou-se nesta obra, pela criteriosa classificação de Curti (1961) fundamentada na frequência dos elementos comumente encontrados nestes quadros agudos e que determina uma divisão em 4 síndromes, estabelecendo o seguinte:

1) SÍNDROME OBSTRUTIVA - Determinada pela parada de trânsito gastrointestinal.

2) SÍNDROME INFLAMATÓRIA - Caracterizada pela instalação de processo inflamatório em víscera abdominal.

3) SÍNDROME PERFURATIVA - Produ

zida por ulceração aguda perfurada ou rotura gastrointestinal traumática.

4) SÍNDROME HEMORRÁGICA - Desencadeada pela rotura traumática de víscera abdominal parenquimatosa.

Os pequenos pacientes foram distribuídos em 3 grupos etários, considerando-se:

(RN) RECÉM-NASCIDOS - Crianças de 0 a 28 dias.

(LAC) LACTENTES - Crianças de 29 dias a 1 ano, exclusive.

(CM) CRIANÇA-MAIOR - Crianças de 1 a 15 anos, exclusive.

R E S U L T A D O S E D I S C U S S ã O

QUADRO I

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA

* NÚMERO DE CASOS POR SÍNDROME POR FAIXA ETÁRIA

* 192 CASOS

FAIXA ETÁRIA	RN			LAC			CM			TOTAL	
SÍNDROME	Nº	%	%T	Nº	%	%T	Nº	%	%T	Nº	%T
INFLAMATÓRIA	-	-	-	-	-	-	85	65,384	44,270	85	44,270
OBSTRUTIVA	14	87,5	7,291	46	100	23,958	23	17,692	11,979	83	43,229
PERFURATIVA	1	6,25	0,520	-	-	-	5	3,846	2,604	6	3,125
HEMORRÁGICA	1	6,25	0,520	-	-	-	17	13,076	8,854	18	9,375
TOTAL	16	100	8,333	46	100	23,958	130	100	67,708	192	100

(%) Percentagem da Síndrome na Faixa Etária

(%T) Percentagem em relação ao total de casos

*Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital Santa Isabel - Blumenau - SC (Jan 80 - Abr 85)

Tem-se o conhecimento das tradicionais convenções de limitadoras de faixas etárias em pediatria. Entretanto, neste estudo, tais convenções fragmentariam por demais os resultados finais, dificultando a realização de um raciocínio conclusivo preciso. Nestes termos, objetivando uma maior concentração das etiologias nos períodos de maior incidência, optou-se pela distribuição dos pequenos pacientes em 3 faixas etárias. O grupo mais numeroso intitulado CRIANÇA MAIOR (CM), abrange desde crianças consideradas ainda lactentes a crianças com 15 anos incompletos.^{1,14}

No QUADRO I assumem posição de destaque as Síndromes Inflamatória e Obstrutiva. A primeira com 85 casos (44,27%) e a segunda com 83 casos (43,22%). Em conjunto, as duas síndromes foram responsáveis por 168 dos 192 casos estudados. Portanto, um percentual de 87,49% do total. A Síndrome Inflamatória, teve incidência absoluta no grupo de crianças maiores (CM). Todos os 85 casos citados, ocorreram nesta faixa etária, perfazendo um percentual de 44,27% em relação a todo estudo realizado. Dentro do mesmo grupo etário (CM) a Síndrome Inflamatória também se destacou. Dos 130 casos ocorridos neste grupo, os mesmos 85 casos predominaram com um percentual de 65,38%.

A maior causa de abdome agudo no primeiro ano de vida, segundo a série estudada, foi a Síndrome Obstrutiva. Entre os recém-nascidos, 14 (87,5%) dos 16 abdome agudos foram obstrutivos, somando 7,29% no total de casos analisados. Esta mesma síndrome foi a única causa de abdome agudo entre os lactentes. Ou seja, todos os 46 lactentes (100%) sofreram intervenção cirúrgica por obstrução do trânsito gastrointestinal. O percentual em relação ao total desta amostra foi de 23,95%. Verificou-se também, número significativo de pacientes enquadrados, entre os maiores (CM), com Síndrome Obstrutiva. Dos 130 desta faixa etária, 23 (17,69%) tiveram quadro agudo por obstrução,

portanto 11,97% da casuística geral. Isto deu-se devido a forma de classificação em grupos etários preconizada nesta obra. O intervalo dilatado determinado no grupo CRIANÇA MAIOR (CM); seguramente englobou vários casos de obstrução gastrointestinal que, analisados sob o prisma de uma classificação ortodoxa tradicional¹, incluir-se-iam entre os lactentes, aumentando assim a casuística destes, em detrimento do grupo maior.

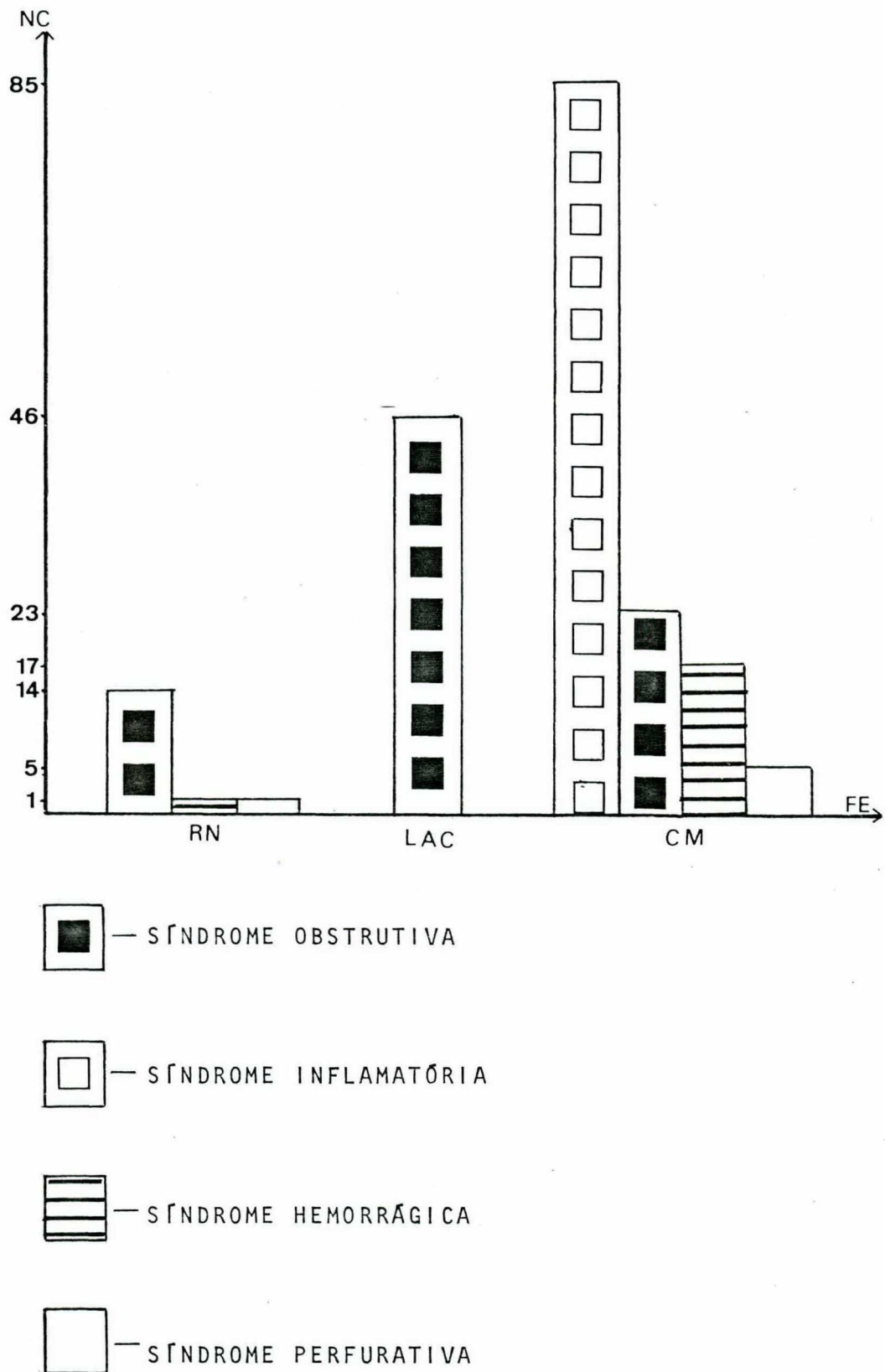
A Síndrome Perfurativa totalizou 6 casos, ou, 3,12 % do total. Em recém-natos somente um caso, adicionando 6,25% no percentual total das síndromes agudas nesta idade. Em relação ao total global do estudo realizado constatou-se a irrisória porcentagem de 0,5%. Não verificou-se Síndrome Perfurativa em lactentes. Nas crianças maiores, 5 (3,84%) foram os casos de perfuração, contribuindo com 2,60% de toda casuística.

A incidência da Síndrome Hemorrágica em recém-nascidos e lactentes foi integralmente igual a da Síndrome Perfurativa nestas mesmas faixas etárias. Em crianças maiores, contudo, o número de casos de hemorragia foi superior, 17 casos (13,07%), perfazendo 67,70% dos casos computados em todo o trabalho.

O GRÁFICO I ratifica os resultados do QUADRO I permitindo uma visão panorâmica das síndromes nas três faixas etárias. As Síndromes Perfurativa e Hemorrágica foram de menor significação nas 3 faixas etárias em relação às outras síndromes no mesmo período.¹⁴

GRÁFICO 1

NÚMERO DE CASOS POR SÍNDROME POR FAIXA
ETÁRIA - ABDOME AGUDO* NA CRIANÇA - 192
CASOS ANALISADOS



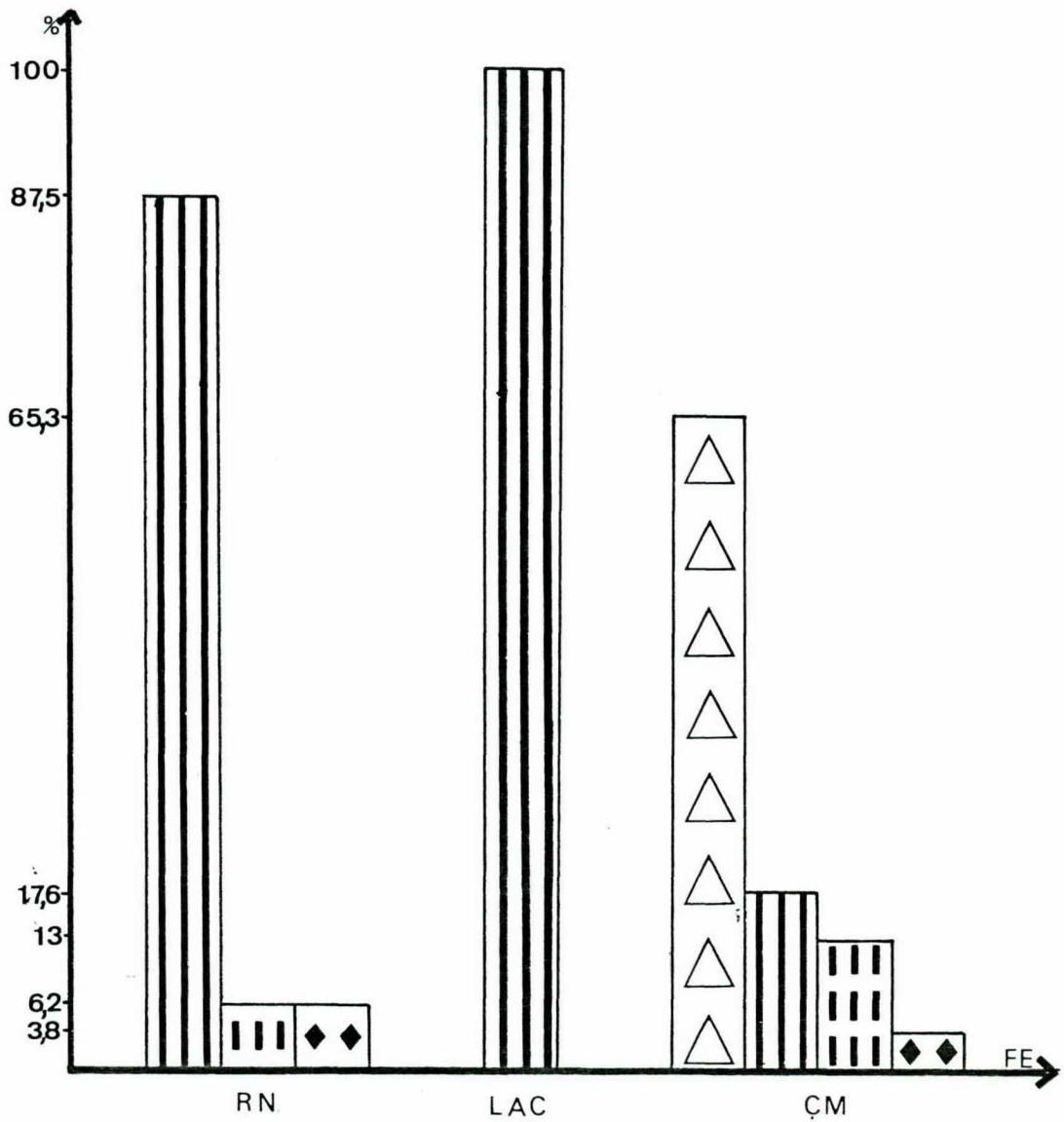
*Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital Santa Isabel - Blumenau - SC - (jan 80 - abr 85)

O GRÁFICO 1-A utiliza como medida quantificadora os percentuais dos casos (ordenadas), relacionando-os com as síndromes nas 3 faixas etárias descritas (abscissas).

GRÁFICO 1A

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA* - 192 CASOS

PERCENTAGEM DE CASOS POR SÍNDROME POR FAIXA ETÁRIA



— SÍNDROME OBSTRUTIVA



— SÍNDROME HEMORRÁGICA



— SÍNDROME INFLAMATÓRIA



— SÍNDROME PERFURATIVA

*

Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital Santa Isabel - Blumenau - SC- (jan-80 - abr 85)

QUADRO II

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA

* PERCENTAGEM DAS FAIXAS ETÁRIAS NAS SÍNDROMES ETIOLÓGICAS

SÍNDROME FAIXA ETÁRIA	INFLAMATÓRIA	OBSTRUTIVA	PERFURATIVA	HEMORRÁGICA
RN	0%	16,867%	16,666%	5,555%
LAC	0%	55,421%	0%	0%
CM	100%	27,710%	83,333%	94,444%

* Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital Santa Isabel - Blumenau - SC - (Jan 80 - Abr 85)

No QUADRO II discute-se a casuística sob outro ângulo. Desta feita, as síndromes são tomadas como "constantes" e os grupos etários como "variáveis", permitindo demonstrar o percentual de cada faixa etária nas síndromes etiológicas. Considerando 100% o percentual total dos casos em cada síndrome, temos que; na Síndrome Inflamatória obteve-se 100% das crianças maiores desta pesquisa.

Já na Síndrome Obstrutiva a faixa de idade mais acometida foi a dos lactentes (55,42%), seguida do percentual também expressivo do grupo de crianças maiores (27,71%). Finalmente completando os 100% totais, estão os recém-natos, responsáveis por 16,87% das obstruções gastrointestinais.

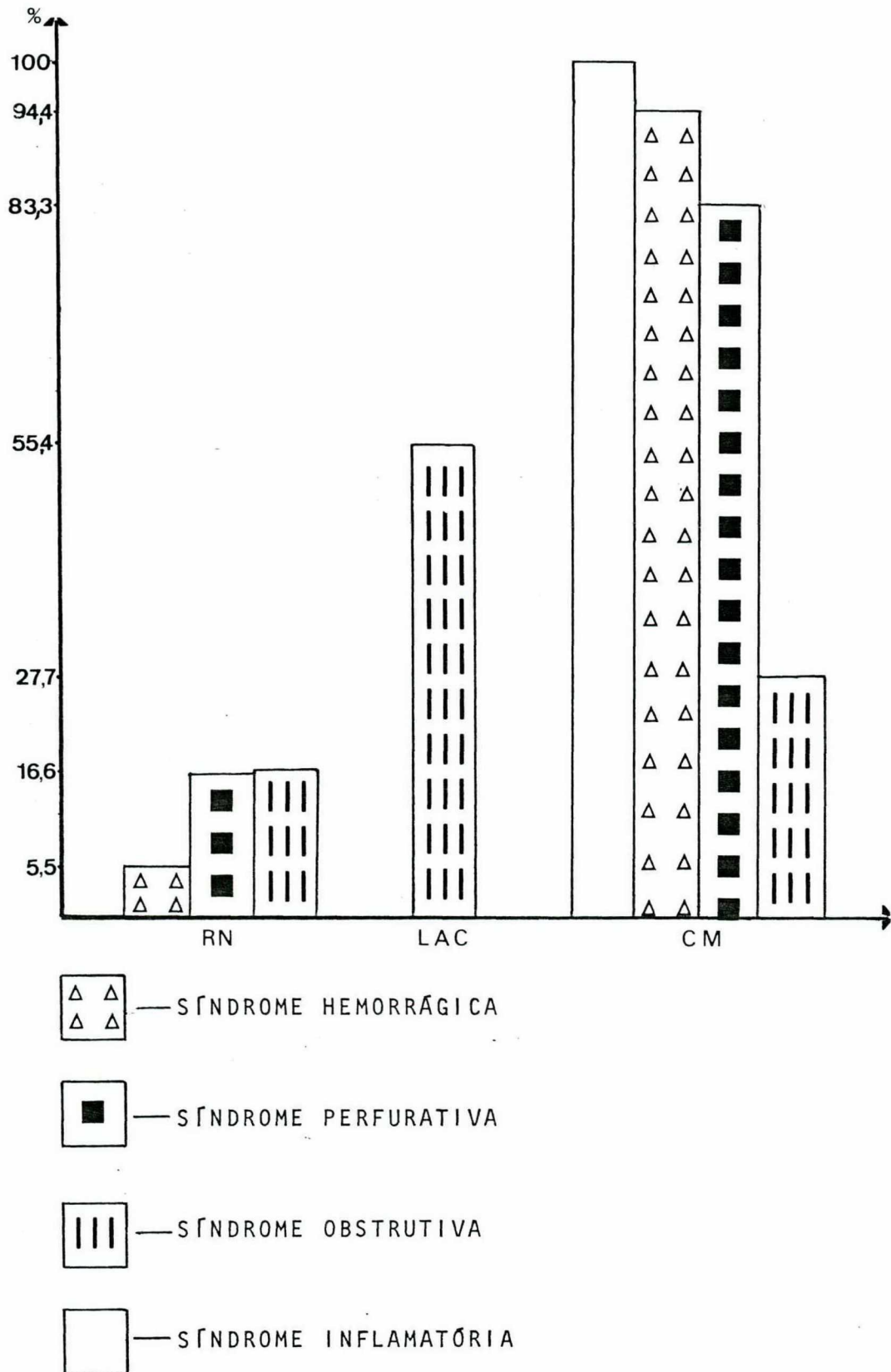
Entre os casos de perfuração encontra-se a mais nítida predominância de crianças maiores (CM). (83,33%). Os lactentes não foram vítimas de perfurações contudo, entre os recém-nascidos, um único caso de enterite necrosante foi verificado determinando a relação percentual de 16,66%.

Na Síndrome Hemorrágica os lactentes também não tiveram lugar. Os recém-nascidos contribuíram com 5,55%, enquanto as crianças maiores assumiram 94,44% do total desta síndrome.

GRÁFICO II

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA* - 192 CASOS

PERCENTAGEM DAS FAIXAS ETÁRIAS NAS SÍNDROMES CONSIDERADAS



* Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital Santa Isabel - Blumenau - SC - (jan 80 - abr 85)

A visão gráfica do QUADRO II (GRÁFICO II) permite ve rificar a predominância da faixa de crianças maiores em 3 das 4 síndromes consideradas. Também digno de comentário é o fato de que, mediante as variáveis tomadas neste gráfico, a somatô- ria das colunas de uma mesma síndrome resultará em 100% dos ca sos desta síndrome distribuídos nos três grupos etários.

TABELA I

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA - SÍNDROME OBSTRUTIVA

* NÚMERO DE CASOS POR ETIOLOGIA CONGÊNITA POR FAIXA ETÁRIA - 40 CASOS

FAIXA ETÁRIA	RN		LAC		CM		TOTAL	
ETIOLOGIA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESTENOSE HIPERTRÓFICA DE PILORO	5	12,5	14	35,0	1	2,5	20	50,0
ANOMALIA ANO-RETAL	1	2,5	3	7,5	3	7,5	7	17,5
MÃ-ROTAÇÃO INTESTINAL	-	-	2	5,0	-	-	2	5,0
DOENÇA DE HIRSCHPRUNG	1	2,5	-	-	2	5,0	3	7,5
BRIDAS CONGÊNITAS	1	2,5	1	2,5	-	-	2	5,0
PÂNCREAS ANULAR	1	2,5	-	-	-	-	1	2,5
ATRESIA JEJUNAL	1	2,5	-	-	-	-	1	2,5
ATRESIA ILEAL	1	2,5	-	-	-	-	1	2,5
DIAFRAGMA DUODENAL	-	-	1	2,5	-	-	1	2,5
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA (pelo FORAME DE MORGAGNI)	-	-	1	2,5	-	-	1	2,5
DIVERTÍCULO DE MECKEL	-	-	-	-	1	2,5	1	2,5
TOTAL	11	27,5	22	55,0	7	17,5	40	100

* Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital Santa Isabel
Blumenau - SC (Jan 80 - Abr 85)

Em razão das múltiplas etiologias verificadas na Síndrome Obstrutiva achou-se conveniente a dicotomização etiológica em congênitas e adquiridas adotada por Capella e cols⁸ e por Fernandes e cols.¹⁴

A análise da TABELA I permite observar que a ESTENOSE HIPERTRÓFICA DE PILORO é a grande representante desta síndrome com 20 (50%) dos 40 (100%) casos de obstrução por etiologia congênita. Dos 20 pacientes atingidos 14 eram lactentes e 5 deles eram recém-natos. Estes 14 pequenos pacientes somaram 35% no total de 22 (55%) casos de obstrução congênita em lactentes. De forma equivalente, as 5 (12,5%) crianças recém-nascidas adicionaram 12,5% ao total de 11 (27,5%) casos de Síndrome Obstrutiva congênita em recém-natos. A ESTENOSE HIPERTRÓFICA DO PILORO é uma das mais frequentes anomalias congênitas. Caracteriza-se pela hipertrofia da camada muscular circular do piloro, provocando então, obstrução pilórica. Cursa com vômito em jato, sem bile. Geralmente conteúdo gástrico, desenvolvendo pois, uma desidratação moderada com alcalose hipoclorêmica e hipocalêmica. Uma vez feito o diagnóstico a correção do quadro eletrolítico deverá ser urgente. O vômito ocorre usualmente na 3ª semana¹⁹ e sempre imediatamente após a mamada. O interessante a observar numa criança portadora de ESTENOSE HIPERTRÓFICA DE PILORO é que após o vômito, se lhe for ofertada novamente a mama da mãe, a criança a aceitará. O vômito depois de alguns episódios pode conter sangue causado pela gastrite, que aparece eventualmente.¹⁹ A inspeção do abdome observa-se as chamadas ondas de Kussmaul. São ondas peristálticas do estômago que se fazem da esquerda para a direita e de cima para baixo na tentativa de vencer o obstáculo. A palpação da oliva pilórica faz o diagnóstico e indica a cirurgia, tornando desnecessário o exame radiológico.¹⁹ Neste estudo todos os 20 casos de ESTENOSE HIPERTRÓFICA DE PILORO sofreram abordagem cirúrgica onde

foi realizada a técnica de Fredet-Ramsted (piloromiotomia) .

As causas predominantes na obstrução do intestino grosso foram as ANOMALIAS ANO-RETAIS com 7 casos (17,5%) e a DOENÇA DE HIRSCHPRUNG com 3 casos (7,5%). Tais percentuais , concederam a estas entidades a condição de 2º e 3º etiologia respectivamente, mais frequente entre as etiologias congênitas da Síndrome Obstrutiva nesta amostra, correspondendo às informações da literatura.⁸ Dos 7 casos de ANOMALIA ANO-RETAL 3 foram em crianças maiores; nos lactentes o número de casos se repetiu (3), e um único caso foi verificado no grupo recém-nascido. Em relação as faixas etárias; dos 7 pacientes maiores (17,5%), 3 (7,5%) apresentaram ANOMALIA ANO-RETAL. Conquanto , dos 22 (55%) lactentes também 3 (7,5%) mostravam a mesma anomalia. E finalmente dos 11 (27,5%) recém-nascidos apenas um (1) (2,5) tinha este defeito.

Na obstrução do colo por DOENÇA DE HIRSCHPRUNG foram acometidas duas crianças maiores e uma recém-nata. Estes 2 casos em maiores representaram 5% dos 7 casos (17,5%) de obstrução de causa congênita nesta idade. Já o caso isolado do recém-nascido acresceu em 2,5% o total de 11 casos (27,5%) de Síndrome Obstrutiva Congênita neste período de vida.

As ANOMALIAS ANO-RETAIS incidem de 1:3000 a 1: 5000 nascimentos com predominância do sexo masculino em 3:2.¹⁹ No estudo em questão dos 7 pacientes, 4 eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino.

Para efeito de orientação no diagnóstico e tratamento, pode-se simplificar os tipos de anomalias congênitas anoretais que possam ser diagnosticadas pela ectoscopia.¹⁹

A) MEMBRANA ANAL (5% dos casos)

Existe a possibilidade de visualizar-se o mecônio

por transparência, tendo permanecido apenas uma membrana cutânea.

B) IMPERFURAÇÃO ANAL

Não se observa a abertura anal; apenas a impressão anal um pouco mais pigmentada, é visualizada. Qualquer estímulo no local apresenta a contração de seu esfíncter externo sempre existente.

O que divide os casos de anomalias ano-retais em altas ou baixas é a localização mais alta ou mais baixa destas, em relação ao músculo pubo-retal.¹⁹

1) Anomalias Altas (acima do pubo-retal)

A maioria das malformações altas tem fístulas para o sistema urinário (bexiga e uretra prostática) no menino e para a vagina na menina. Nestas com frequência, a saída do mecônio via vaginal descomprime o abdome da recém-nascida, protelando o diagnóstico.¹⁹

Logo que diagnosticadas, estas anomalias altas serão tratadas inicialmente com colostomia em dupla boca e o mais baixo possível; na fossa ilíaca esquerda. Em caráter definitivo o abaixamento da colostomia poderá ser feito após os 6 meses de idade.¹⁹

2) Anomalias Baixas (abaixo do pubo-retal)

Malformação de melhor prognóstico quanto a continência anal. Geralmente o reto se abre em fístula para o períneo nos casos dos meninos; já nas meninas, as fístulas são anovulares ou anoperineais. Nas anomalias baixas, a maioria dos cirurgiões faz as operações apenas com via de acesso perineal an

tes dos 6 meses de vida.¹⁹

C) ANOMALIAS MAIS COMPLEXAS E MAIS RARAS COMO A EX -
TROFIA DE CLOACA E ATRESIA RETAL ALTA

Existe obrigatoriedade em se tomar certas médi -
das diagnósticas em todos os casos de anomalias ano-retais:

1º - Radiografia invertida em perfil com objeto ra -
diopaco na impressão anal (técnica de Wangenstein-Rice). A & -
imagem radiográfica por vezes nos mostrará o fundo de saco in -
testinal cheio de ar, acima ou abaixo da linha pubo -coccígea,
que corresponde à altura do músculo pubo-retal (fazê-la após
12 horas do nascimento). Porém muitas vezes o intestino pode
estar repleto de mecônio e o exame não será fiel.¹⁹ Na vigência
de fístula reto-vesical, a radiografia mostrará ar na bexiga .

2º - Urografia excretora

3º - Radiografia da coluna lombar sacra e coccígea
para detecção de malformações ósseas que traduziriam provável
defeito de inervação pélvica. Malformações maiores e mais al -
tas da região sacra significam que o paciente tem o músculo e -
levador do ânus e/ou sua inervação imperfeitos. Nestes pacien -
tes, à inspeção, observa-se ausência do sulco inter-glúteo.

Caso contrário, ou seja, se as 3 primeiras vértebras
sacrais estão presentes, a anatomia neuro-muscular da pelva é
normal.

O resultado cirúrgico é bom para as anomalias bai -
xas; 60% das anomalias ano-retais são baixas.¹⁹

Em se tratando de MEGACOLON CONGÊNITO (DOENÇA DE
HIRSCHPRUNG) salienta-se que os 3 casos foram em pacientes do

sexo feminino.

A incidência de AGANGLIONOSE (MEGACOLON CONGÊNITO) é de aproximadamente 1:5000 nascimentos. Há um aumento de 5% na incidência em uma família de uma criança afetada e hoje já se conhecem relatos de transmissão genética da doença após várias gerações.¹⁹

As formas clínicas da DOENÇA DE HIRSCHPRUNG mais frequentemente encontradas são as seguintes:

- 1 - Forma imediatamente grave (RN)
- 2 - Forma de agravamento progressivo
- 3 - Forma de agravamento retardado

A forma chamada imediatamente grave é a do recém-nascido (1 caso) e é a que realmente pode ser enquadrada como abdome agudo.

Sinal patognomônico e quase constante é o do retardo da primeira eliminação de mecônio (após 24 horas de nascido). Ocorre enorme distensão abdominal, sem saída de fezes ou gases desde o nascimento. Esta grande distensão de alças poderá levar a uma deficiência vascular das paredes intestinais e ocasionar quadros gravíssimos de enterocolites necrosantes chamadas, por alguns autores, de ENTEROCOLITE PSEUDOMEMBRANOSA.¹⁹

O fato que retal com saída de considerável quantidade de gases e mesmo mecônio ou fezes logo após do dedo do examinador; o retardo da primeira eliminação do mecônio; a distensão abdominal e o exame radiológico, são suficientes para a programação da operação.¹⁹

O exame radiológico porém, possui algumas particularidades. É necessária a visualização na radiografia da zona (cone invertido) de transição entre o segmento normal e a montante (alargado, cheio de gás e fezes ou mecônio). Em alguns casos a radiografia da criança de cabeça para baixo (tipo Wangensteen-Rice) desdobra o sigmóide e mostra a transição do cali -

bre intestinal. Cabe salientar que o enema opaco nestes casos, é feito sem preparo prévio do colo e utiliza-se normalmente como contraste um composto iodado e hipertônico inclusive para a diferenciação diagnóstica entre o MEGACÓLON e a ROLHA MECONIAL. Neste último a solução hipertônica desprende o mecônio espessado da rolha. Diga-se de passagem, esta entidade aguda (ÍLEO MECONIAL) não marcou presença na série estudada.

Após o diagnóstico deverá ser realizada a colostomia. Preconiza Tubino que esta seja feita de forma terminal e imediatamente acima do cone de transição. Diz ele serem injustificáveis as colostomias altas por provocarem a perda de grande segmento intestinal que deveria absorver água e por dificultarem muitas vezes o abaixamento do colo que fica de calibre pequeno juntamente com seus vasos. Exceção se faz entretanto, nos casos de AGANGLIONOSE de grande segmento.

Esta medida melhorará a distensão abdominal aguda e diminuirá o calibre da alça a ser abaixada o que se dá geralmente entre 3 e 6 meses de intervalo.

O prognóstico desta enfermidade é bom quando bem conduzida.

Retornando a TABELA I os dados confirmam ser a MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL e as BRIDAS CONGÊNITAS, as etiologias obstrutivas congênicas mais frequentes imediatamente após as já citadas. Os dois casos de MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL ocorreram em lactentes do sexo masculino, perfazendo nesta faixa etária 5% dos 22 casos (55%). Também 5 foi o percentual em relação ao número total de casos obstrutivos congênicos (40 casos-100%).

Já os 2 casos de BRIDAS CONGÊNITAS tiveram um representante de cada sexo. A menina recém-nata e o menino lactente (33 dias). Ambos os casos somaram 2,5% cada, nos seus respectivos grupos etários. E 5% foi a contribuição percentual deste par de casos no total de 40 casos (100%) de SÍNDROME OBSTRUTIVA

VA por etiologia congênita.

Os defeitos de rotação intestinal com fixação anômala constituem uma causa frequente de obstrução duodenal extrínseca.¹⁹ Com a via de acesso ao duodeno a brida peritonial que o comprime (brida de Ladd) é reconhecida facilmente. Entretanto é conveniente que o cirurgião examine a luz do intestino depois de liberadas as aderências congênitas devido a frequente concomitância dos 2 tipos de obstrução duodenal (extrínseca e intrínseca).

Nos casos de defeitos de rotação e fixação do intestino realiza-se a retirada profilática do apêndice.

Admite-se entender estas duas etiologias de obstrução supra citadas, como uma única entidade. Entretanto nesta obra optou-se por separá-las de acordo com a predominância exercida por uma ou outra alteração anatômica; uma vez que é frequente a associação das duas malformações em um mesmo paciente.

As ATRESIAS DE DELGADO foram divididas quanto à localização tendo as duas ocorrido em igual frequência (1 caso cada) e incidido na mesma faixa de idade. Esta anomalia frequentemente vem acompanhada de polihidrâmnios. O vômito e a distensão são os principais sintomas. Os vômitos contêm bile e aparecem tanto mais precocemente quanto mais alta for a obstrução. A distensão abdominal pode não estar presente nas obstruções, ditas mais altas.

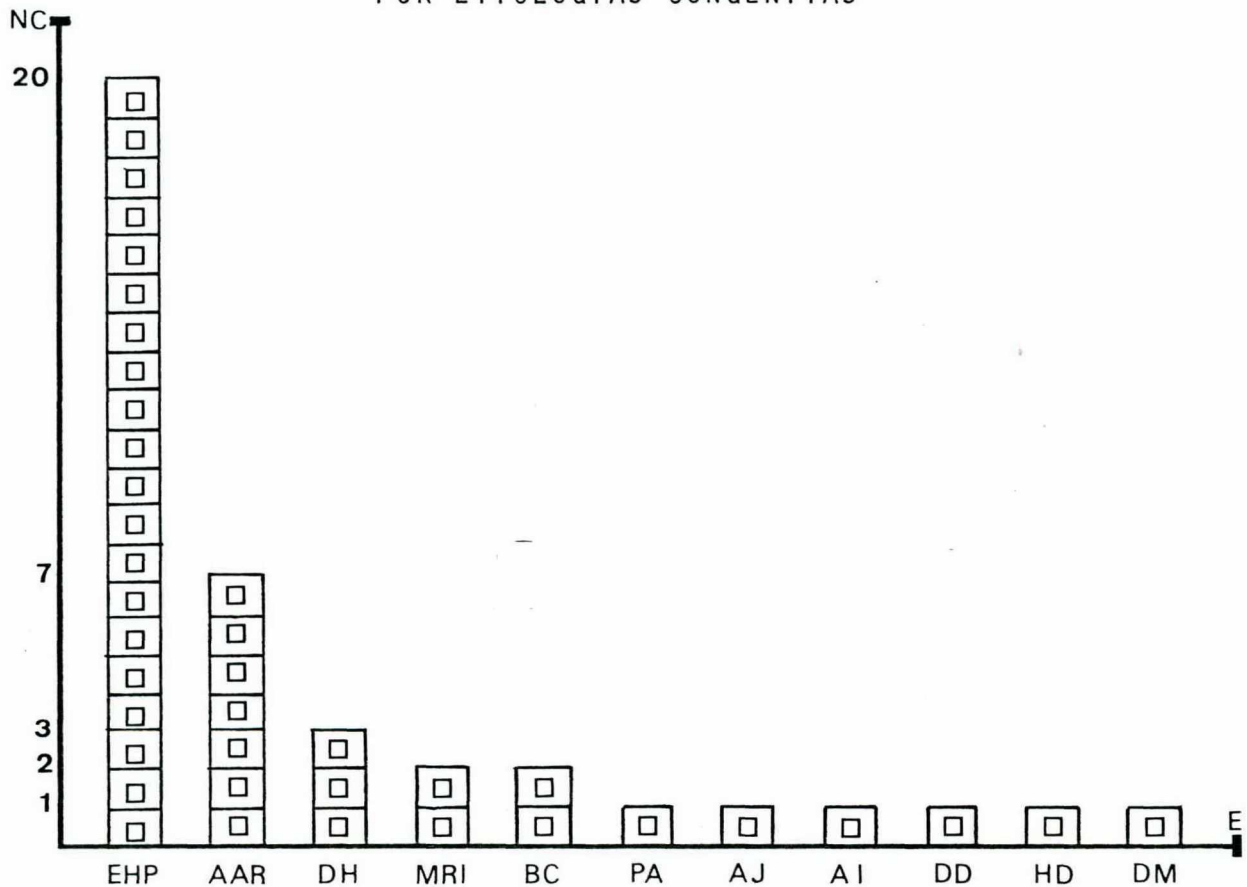
Como causas menos frequentes de obstrução intestinal congênita apreciou-se o PÂNCREAS ANULAR, O DIAFRAGMA DUODENAL, A HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA PELO FORAME DE MORGAGNI E O DIVERTÍCULO DE MECKEL.

- GRÁFICO III

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA* - 192 CASOS

SÍNDROME OBSTRUTIVA - NÚMERO DE CASOS

POR ETIOLOGIAS CONGÊNITAS



EHP—ESTENOSE HIPERTRÓFICA DE PILORO AJ—ATRESIA JEJUNAL

AAR—ANOMALIA ANO-RETAL AI—ATRESIA ILEAL

DH—DOENÇA DE HIRSCHPRUNG DD—DIAFRAGMA DUODENAL

MRI—MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL HD—HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA PELO FORAME DE MORGAGNI

BC—BRIDAS CONGÊNITAS DM—DIVERTÍCULO DE MECKEL

PA—PÂNCREAS ANULAR

* Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital Santa Isabel - Blumenau - SC - (jan 80 - abr 85)

O GRÁFICO 11.1 mostra claramente a posição ímpar da ESTENOSE HIPERTRÓFICA DE PILORO como causa principal de Síndrome Obstrutiva Congênita, bem como a equivalente predominância das outras etiologias menos frequentes. A ESTENOSE HIPERTRÓFICA DE PILORO ocorre 1:300/900 nascimentos. A predominância do sexo masculino é de 4:1 e 15% dos casos tem história familiar. Se a mãe teve ESTENOSE HIPERTRÓFICA DE PILORO seus filhos terão 4 vezes mais possibilidade de tê-la que na população em geral.

TABELA II

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA - SÍNDROME OBSTRUTIVA

* NÚMERO DE CASOS POR ETIOLOGIAS ADQUIRIDAS POR FAIXA ETÁRIA - 43 CASOS

FAIXA ETÁRIA	RN		LAC		CM		TOTAL	
ETIOLOGIA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
INVAGINAÇÃO INTESTINAL	-	-	4	9,302	3	6,976	7	16,279
BRIDAS	-	-	1	2,325	6	13,953	7	16,279
HÉRNIA INGUINAL ESTRANGULADA	2	4,651	18	41,860	3	6,976	23	53,488
VOLVO INTESTINAL	1	2,325	1	2,325	1	2,325	3	6,976
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA	-	-	-	-	1	2,325	1	2,325
ÂSCARIS	-	-	-	-	1	2,325	1	2,325
FECALOMA (semente)	-	-	-	-	1	2,325	1	2,325
TOTAL	3	6,976	24	55,813	16	37,209	43	100

* Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital Santa Isabel
Blumenau - SC (Jan 80 - Abr 85)

A TABELA II relata as principais causas adquiridas de obstrução gastrointestinal na criança. Assume posição de destaque a condição obstrutiva aguda por HÉRNIA INGUINAL ESTRANGULADA. Os 23 casos desta patologia corresponderam a 53,48% do total de 43 casos (100%) de obstruções por etiologia adquirida. Os mesmos 23 casos de HÉRNIA INGUINAL ESTRANGULADA distribuíram-se nas faixas etárias assolando 2 recém-natos (4,65%) dos 3 (6,97%) existentes neste grupo; a grande maioria (18 - 41,86%) dos 24 (55,81%) lactentes e finalmente 3 (6,97%) das 16 (37,20%) crianças maiores. Os representantes do sexo masculino foram em número de 17 enquanto as mulheres apareceram com 6 casos, dos quais um deles, uma lactente, o conteúdo herniário era composto de trompa, ovário, útero e alças intestinais.

A HÉRNIA INGUINAL é a lesão congênita de maior frequência nos lactentes.¹⁴ Até 12 horas de estrangulamento tenta-se reduzi-la sedando a criança, posicionando-a em Trendelenburg e colocando bolsa de gelo sobre a região afetada.¹⁹ Se não houver redução espontânea tenta-se com manobras suaves a reintrodução do conteúdo herniário para a cavidade abdominal.¹⁹ Não sendo possível a redução mesmo assim, a operação imediata será indicada.¹⁹ Se o estrangulamento ocorrer a mais de 12 horas é imperativa a abordagem cirúrgica de urgência.^{14,19} Se existir comprometimento vascular dever-se-á efetuar a ressecção intestinal.^{5,14} Todos os 23 casos de HÉRNIA INGUINAL ESTRANGULADA estudados, nesta série, cursaram com um quadro de oclusão aguda associado. Sabe-se, porém, que o verdadeiro estrangulamento, complicado com necrose intestinal ou, até mesmo perfuração, é raro em criança.^{12,14} Devido à diversidade de cirurgias do serviço pediátrico analisado e a falta de um consenso interpretativo geral sobre os termos ENCARCERAMENTO e ESTRANGULAMENTO entre vários autores da literatura e até entre a classe médica em geral, prefe-

riu-se chamar neste trabalho de ESTRANGULADAS, todas as hérnias inguinais responsáveis por quadro de abdome agudo obstrutivo e que por esta razão, foram a cirurgia, independente do grau de comprometimento vascular do conteúdo do saco herniário.

Ainda com respeito à TABELA II temos a INVAGINAÇÃO DO INTESTINO, e as BRIDAS assumindo a segunda posição entre as mais frequentes etiologias adquiridas de oclusão intestinal. Ambas com 7 casos, representando cada uma 16,27% dos 43 (100%) casos existentes. Entre os recém-natos as duas entidades não se fizeram presentes. Já nos lactentes, dos 24 casos (55,81%) de oclusão intestinal, 4 (9,30%) foram por INVAGINAÇÃO INTESTINAL e somente um (1) (2,32%) por BRIDA. No grupo chamado "criança maior", das 16 (37,20%) obstruções adquiridas, 6 (13,95%) deram-se devido a BRIDAS e 3 (6,97%) foram geradas por INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL. Seis (6) dos 7 casos de INVAGINAÇÃO INTESTINAL foram em meninos e o caso restante, obviamente, ocorreu em uma menina. Entre as BRIDAS, 4 eram do sexo feminino e 3 do masculino.

As invaginações intestinais ocorrem mais frequentemente em crianças entre 3 e 18 meses¹⁹. Nesta faixa etária a maioria dos casos de invaginação não possui etiologia definida. Não obstante, segundo Tubino, nas crianças maiores, a causa é encontrada com frequência (pólipo, linfoma, divertículo de Meckel). Neste estudo, nenhum caso de INVAGINAÇÃO INTESTINAL teve sua etiologia definida.

Normalmente o pequeno paciente apresenta crises de cólicas abdominais periódicas, acompanhadas de palidez. Seguem à cólica, pequenos intervalos sem sintomatologia. Ao toque retal evidencia-se a chamada "GELEIA DE MORANGO" (sangue através do reto). A distensão abdominal e a obstrução intestinal serão os próximos sinais clínicos encontrados, se o tratamento

não for instalado. A ausculta abdominal demonstrará peristaltismo de luta contra a obstrução vigente. O exame radiológico será feito através de radiografia simples do abdome e do enema opaco. Este último, além de nos confirmar o local exato da obstrução, pode ser utilizado na tentativa de redução da invaginação pela pressão hidrostática que exerce sobre o cólon. A conduta preferida é a cirúrgica; e a precocidade das operações é que determinará a simples redução da invaginação sem ressecção ou a retirada de segmentos intestinais com necrose. Na série pesquisada, 2 foram os casos de ENTERECTOMIA: um devido a uma invaginação ileo-ileal (CM), e outro resultante de uma intussuscepção íleo-ceco-cólica (LAC). Um caso de HEMICOLECTOMIA DIREITA foi registrado por invaginação íleo-ceco-cólica (CM). Os demais (4 casos) foram desinvaginados sem maiores complicações.

Quanto às BRIDAS, a anamnese e o exame físico visando constatar cirurgia anterior, são de importância decisiva no diagnóstico de uma oclusão intestinal^{14,21}.

Das 7 oclusões intestinais causadas por BRIDAS, em 3 se fez necessária a ENTERECTOMIA; justificada pela necrose e / ou estenose de dado segmento do delgado. Nos outros 4 casos a liberação das aderências foi suficiente para refazer o trânsito intestinal.

O VOLVO INTESTINAL esteve representado entre as etiologias adquiridas de SÍNDROME OBSTRUTIVA com um (1) caso em cada grupo etário, perfazendo o percentual de 6,97% no saldo total de 43 (100%) casos de abdome agudo obstrutivo adquirido. Cada caso significou o percentual de 2,32% em suas faixas etárias.

Resta-nos citar a HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA, o ÂSCARIS e o FECALOMA como outras causas de abdome agudo obstru

tivo adquirido, apesar de serem consideradas estatisticamente inexpressivas neste levantamento. Todos os casos ocorreram em crianças maiores sendo que no último, a impactação fecal foi provocada por sementes e o toque retal neste caso, terapêutico, evitou a cirurgia.

Dos 83 casos de abdome agudo obstrutivo levantados, nesta pesquisa, 40 (48,19%) foram de etiologia congênita e 43 (51,80%) foram de etiologia adquirida.

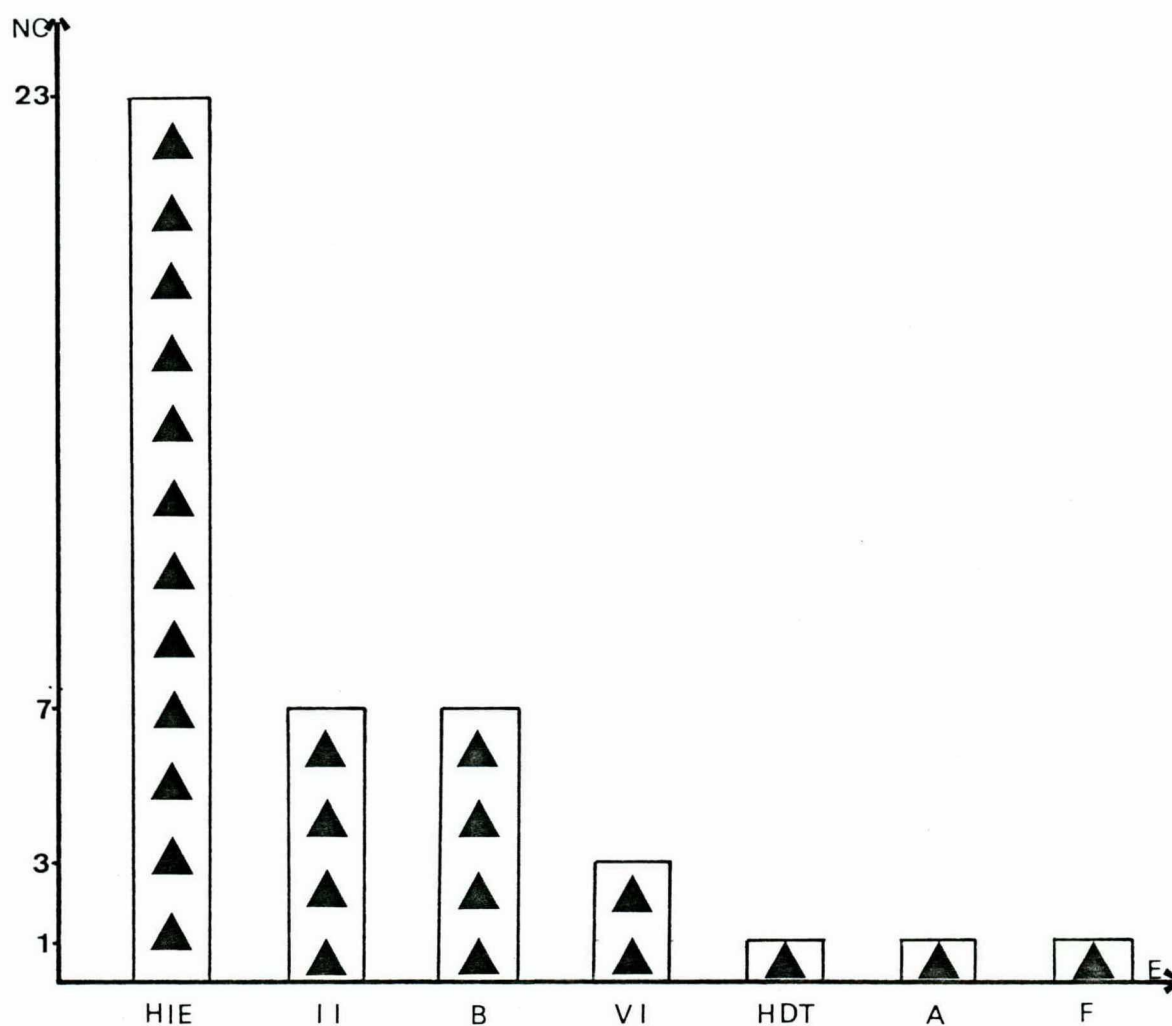
Os algarismos confirmam ser de etiologia congênita a predominância de cirurgias por obstrução gastrointestinal, no primeiro ano de vida,

Os lactentes foram alvo do maior número de Síndromes Obstrutivas Agudas com 46 (55,42%) casos.

A SÍNDROME OBSTRUTIVA como causa de abdome agudo, teve no primeiro ano de vida uma incidência de 60 (72,28%) casos.

GRÁFICO IV
ABDOME AGUDO NA CRIANÇA* - 192 CASOS

SÍNDROME OBSTRUTIVA - NÚMERO DE
CASOS POR ETIOLOGIAS ADQUIRIDAS



A — ÁSCARIS

HIE — HÉRNIA INGUINAL ESTRANGULADA

II — INVAGINAÇÃO INTESTINAL

B — BRIDAS

VI — VOLVO INTESTINAL

HDT — HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA

F — FECALOMA (SEMENTE)

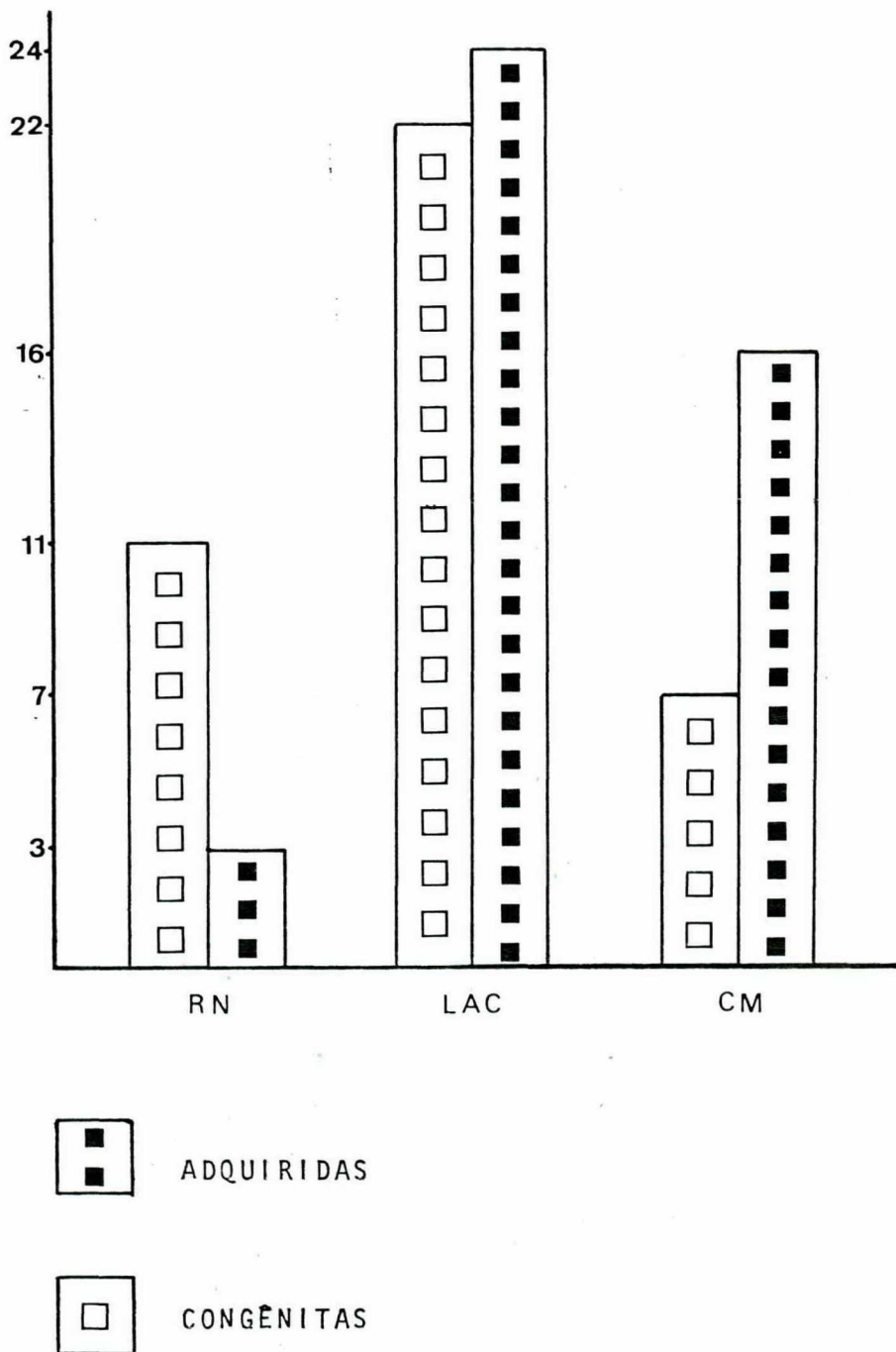
*Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital
Santa Isabel - Blumenau - SC - (jan 80 - abr 85)

O GRÁFICO IV evidencia a soberania da HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA entre as outras etiologias adquiridas da SÍNDROME OBSTRUTIVA. Demonstra também a igualdade numérica entre os casos obstrutivos cirúrgicos, devido a presença de BRIDAS, e os operados por INVAGINAÇÃO INTESTINAL.

GRÁFICO V

SÍNDROME OBSTRUTIVA - NÚMERO DE CASOS
POR ETIOLOGIAS ADQUIRIDAS E CONGÊNITAS

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA* - 192 CASOS



*Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital
Santa Isabel - Blumenau - SC - (jan 80 - abr 85)

No GRÁFICO V é realizada análise conjunta quantitativa das etiologias congênita e adquirida geradoras de SÍNDROMES OBSTRUTIVAS nas 3 faixas etárias. Nos recém-natos há o predomínio das etiologias congênitas; nos lactentes o número de casos das duas etiologias, praticamente se equipara; e, finalmente, a projeção das etiologias adquiridas sobre as congênitas no grupo das crianças maiores, conclui a interpretação do gráfico.

TABELA III

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA - SÍNDROME INFLAMATÓRIA

* NÚMERO DE CASOS POR ETIOLOGIAS POR FAIXA ETÁRIA -
85 CASOS

FAIXAS ETÁRIAS	RN		LAC		CM		TOTAL	
ETIOLOGIAS	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
APENDICITE AGUDA	-	-	-	-	76	89,411	76	89,411
ABSCCESSO SUB- HEPÁTICO	-	-	-	-	1	1,176	1	1,176
NECROSE DE OVÁRIO P/ TORÇÃO	-	-	-	-	1	1,176	1	1,176
NECROSE DE ÍLEO- CECO (Abscesso em fossa ilíaca direita)	-	-	-	-	1	1,176	1	1,176
PERITONITE PRIMÁRIA	-	-	-	-	1	1,176	1	1,176
PERITONITE SECUNDÁRIA	-	-	-	-	2	2,352	2	2,352
ABSCCESSO SUB-FRÊNICO	-	-	-	-	1	1,176	1	1,176
ADENITE MESENTÉRICA	-	-	-	-	1	1,176	1	1,176
ABSCCESSO PÉLVICO	-	-	-	-	1	1,176	1	1,176
TOTAL	-	-	-	-	85	100	85	100

* Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital
Santa Isabel - Blumenau - SC (Jan 80 - Abr 85)

A TABELA III revela nitidamente a disparidade numérica da APENDICITE AGUDA como causa de SÍNDROME INFLAMATÓRIA na criança, sobre as outras etiologias inflamatórias citadas. Dos 85 casos de SÍNDROME INFLAMATÓRIA (100%), 76 (89,41%) tiveram a inflamação do apêndice cecal como sua causa determinante, sendo que todos os 85 casos ocorreram entre as crianças maiores (CM), não ocorrendo pois, nenhum caso entre os recém-natos e lactentes.

A APENDICITE AGUDA, excepcionalmente, é observada no recém-nascido e no lactente,^{8,14,15,19} porém sua frequência não cessa de aumentar a partir de 2 anos de idade para atingir o máximo na criança de idade escolar primária.¹⁵ O número de apendicites perfuradas na criança é acentuadamente elevado (em média, 30%) e é tanto maior quanto menores as crianças,^{8,14,15} o que nos leva a inferir que geralmente a apendicite na criança não é reconhecida a tempo, e isto é tão mais frequente quanto mais nova é a criança. Nas crianças em geral 20% das apendicites são diagnosticadas após a rotura.^{14,16}

A APENDICITE AGUDA, afecção cirúrgica de urgência, por suas manifestações clínicas variadas e suas complicações graves, merece sempre cuidadosa atenção.³ Acredita-se que a infecção apendicular é devida mais à obstrução de sua luz por concreções - corpo estranhos - que por conteúdo fecal.³ Conforme Burkitt, o conteúdo fecal é importante na epidemiologia da apendicite aguda, particularmente na dieta rica em hidrocarbonetos e pobre em fibras.^{3,7} Menor incidência desta doença é encontrada em países subdesenvolvidos onde a dieta é rica em fibras.^{3,20} Existem evidências bem fundadas da tendência familiar desta afecção,^{2,3} incluindo um aparente fator hereditário para a posição retro-cecal do apêndice.^{3,6} A fisiopatologia da apendicite aguda consiste na obstrução da luz apendicular com aumento da pressão intraluminal, quebra da barreira submucosa e infecção

3,17,18

de suas tûnicas, levando à necrose, perfuração e peritonite.¹⁹ O quadro típico é de dor abdominal peri-umbilical que dentro de algum período de tempo irradia-se para a fossa ilíaca direita e ali permanece. Logo, seguem-se as náuseas e os vômitos e mais tarde vêm a defesa à palpação, a febre, que não é muito alta, e a leucocitose, característica de infecção bacteriana aguda.¹⁹ No exame físico os sinais de Blumberg e Rovsing são evidentes. O toque retal evidencia aumento da sensibilidade no lado direito do reto, além de proporcionar a percepção de abaulamentos por possíveis abscessos apendiculares. São sinais frequentes vistos ao RX simples do abdome:

- 1) ESCOLIOSE COM CONCAVIDADE À DIREITA
- 2) APAGAMENTO DO PSOAS DO LADO DIREITO
- 3) NÍVEIS LÍQUIDOS NAS ALÇAS DA FOSSA ILÍACA DIREITA
- 4) ALÇA ILEAL SENTINELA
- 5) LÍQUIDO PERITONIAL LIVRE NA CAVIDADE

A maioria dos autores afirma que a apendicite aguda é cerca de 3 a 4 vezes mais frequente no sexo masculino (Lansden 1963, Lex 1966, Andres e Berige 1966)³. Neste estudo, esta incidência é consoante, visto que ocorreram 42 casos (55,26 %) no sexo masculino e 34 casos (44,73%) no sexo feminino.

Em segundo plano, continuando a análise da TABELA III, encontra-se a PERITONITE SECUNDÁRIA como etiologia de ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO. Os 2 casos (2,35% do total) ocorreram em meninos, sendo um (1) secundário à trauma abdominal e o outro provocado por abscesso peritonal pós-apendicectomia.

A tríade de abscessos relacionada na TABELA III-ABSCESSO SUB-FRÊNICO, SUB-HEPÁTICO e PÉLVICO, foi computada como etiologia inflamatória de abdome agudo, mesmo constituindo complicações de doenças já rotuladas como causa de síndrome abdominal aguda. Tal procedimento foi adotado por constatar-se que

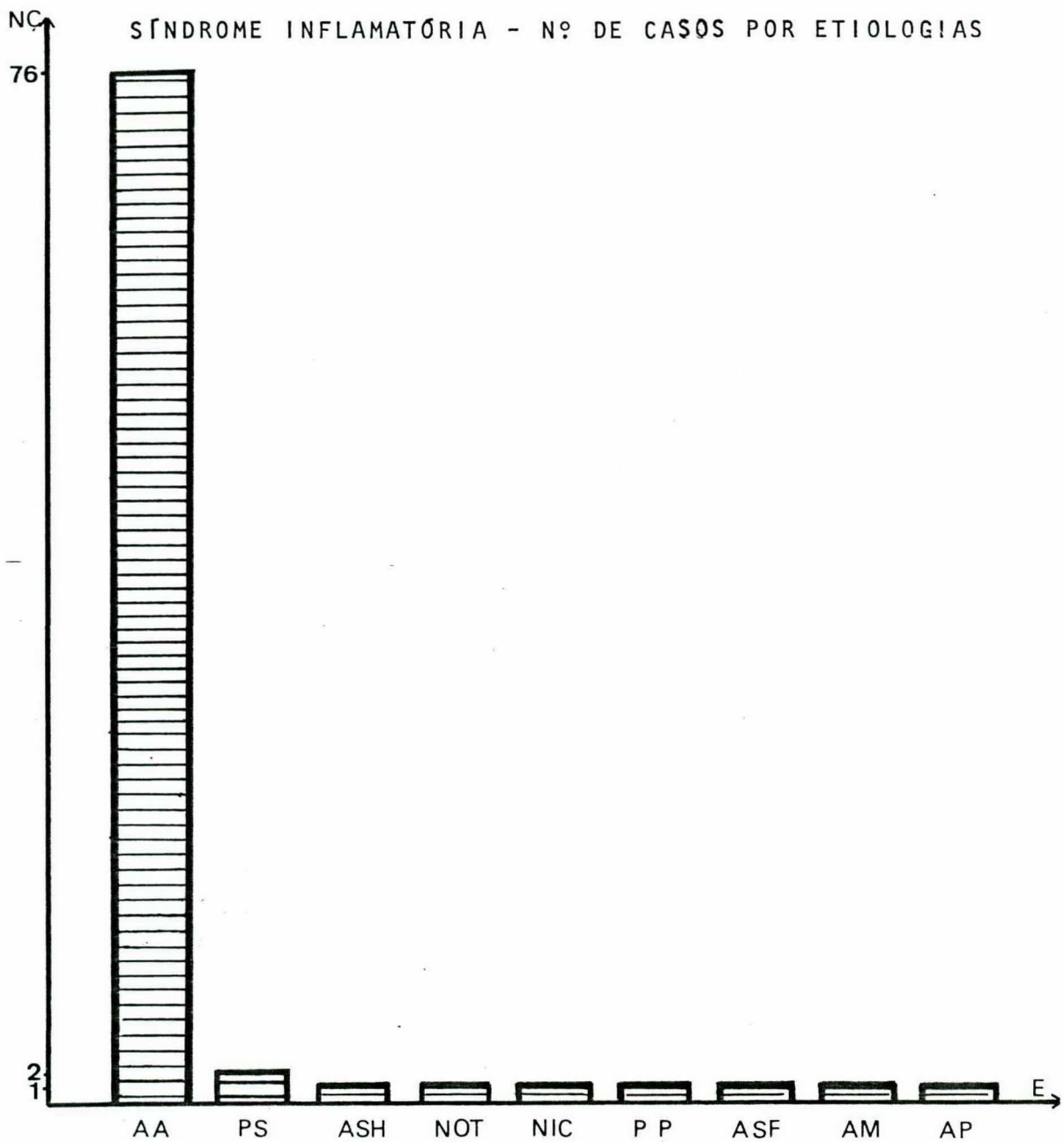
estas complicações também levaram os pequenos pacientes à cirurgia.

As demais etiologias observadas surgiram somente cada uma com um caso (1,17%) na tabela explicitada.

O GRÁFICO VI traduz, em duas dimensões o conteúdo da TABELA III, pondo a mostra a gritante predominância da APENDICITE AGUDA sobre as outras causas de ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO, o que se vem confirmar junto à literatura.^{4,14,15,16,21}

GRÁFICO VI

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA* - 192 CASOS



AA— APENDICITE AGUDA

PS— PERITONITE SECUNDÁRIA

ASH— ABSCESSO SUB-HEPÁTICO

NOT— NECROSE DE OVÁRIO POR TORÇÃO

NIC— NECROSE DE ÍLEO-CECO

PP— PERITONITE PRIMÁRIA

ASF— ABSCESSO SUB-FRÊNICO

AM— ADENITE MESENTÉRICA

AP— ABSCESSO PÉLVICO

*Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital
Santa Isabel - Blumenau - SC - (jan 80 - abr 85)

TABELA IV

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA - SÍNDROME PERFURATIVA

* NÚMERO DE CASOS/TOTAL DE CASOS POR ETIOLOGIAS POR
FAIXA ETÁRIA - 6 CASOS

FAIXA ETÁRIA	RN	LAC	CM	TOTAL
ETIOLOGIA	Nº	Nº	Nº	Nº
TRAUMÁTICA	-	-	5/5	5/5
ENTEROCOLITE NECROTI- ZANTE	1/1	-	-	1/1
TOTAL	1/1	-	5/5	6/6

* Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital
Santa Isabel - Blumenau - SC (Jan 80 - Abr 85)

A SÍNDROME PERFURATIVA (TABELA IV) se faz representada neste estudo, por somente 6 casos, sendo que 5 deles sucederam-se devido a TRAUMA e apenas um (1) provocado por ENTERITE NECROTIZANTE. O traumatismo, como causa de SÍNDROME PERFURATIVA, teve predomínio absoluto no grupo de crianças maiores, o que é facilmente justificável pelo fato de ser este o grupo mais susceptível ao trauma e por não estar sob vigilância estrita da família.^{5,14}

As perfurações ocorreram na proporção de 4 homens para 2 (duas) mulheres, com a particularidade de o único caso não traumático (ENTERITE NECROTIZANTE) acometer uma recém-nascida.

Abriu-se, nesta obra, uma exceção aos critérios classificatórios estabelecidos por CURTÍ¹² quando incluiu-se um caso de ROTURA DE BEXIGA na casuística geral. Compreendeu-se ser este um caso de ABDOME AGUDO, igual merecedor de tratamento cirúrgico, apesar da perfuração não se localizar no trato gastrointestinal como preconiza a classificação adotada.

Entre os traumatismos, a perfuração por arma de fogo teve seu lugar em um(1) caso, o "projétil de pressão" em outro, e um instrumento penetrante foi responsável por um terceiro caso.

É evidente que em certos casos de SÍNDROME PERFURATIVA, existiu a concomitância do hemoperitônio. Nestes, considerou-se a etiologia primária do ABDOME AGUDO que levou a criança à cirurgia: a perfuração. O mesmo ocorreu entre os casos de APENDICITE AGUDA com perfuração; foram computados entre os casos de SÍNDROME INFLAMATÓRIA.

A ENTERITE NECROTIZANTE é uma condição na qual há necrose focal ou difusa da mucosa ou sub-mucosa no intestino delgado (íleo) e/ou grosso (colo proximal)¹⁹. Decorre de uma hipó-

xia intestinal, causada por diminuição temporária da sangüínea. Seguem-se edema e hemorragia da mucosa. Se a hipóxia for grave há necrose por infarto e perfuração.¹⁹ É uma patologia descrita no recém-nascido; porém em crianças mais velhas, em geral desnutridas, desidratadas e/ou após episódios de diarreia ou pneumopatias, são encontrados casos de natureza semelhante. No lactente, a anóxia, a infecção (gastrointestinal e pulmonar) e a deficiência imunológica explicam a gênese da ENTEROCOLITE NECROTIZANTE.¹⁹ A clínica caracteriza-se pela distensão abdominal, queda do estado geral e pela parada de eliminação de gases e fezes. A radiografia mostra de uma forma evolutiva a dilatação das alças com níveis hidroaéreos, a ascite e por fim a perfuração (pneumoperitônio) e a peritonite.¹⁹ Deve-se descartar as hipóteses de DOENÇA DE HIRSCHPRUNG, SEPTICEMIA e ÍLEO PARALÍTICO DE OUTRA ETIOLOGIA.¹⁹ O tratamento clínico consiste basicamente em antibioticoterapia, sondagem gástrica, controle radiológico e alimentação parenteral.¹⁹ Em caso de indicação cirúrgica, realiza-se laparotomia para esvaziamento das alças por aspiração, ressecção das zonas com necrose, e sutura dos locais com probabilidade de perfuração.

Nesta pesquisa, nenhum caso teve sua etiologia e local de perfuração desconhecidos. Não havendo pois, nenhum caso de PERFURAÇÃO GASTROINTESTINAL ESPONTÂNEA.⁹

O local de perfuração dos 6 casos descritos foi relacionado na TABELA V. O CÓLON constituiu-se na localização de maior frequência; 3 casos em 6, seguido de 2 casos do DELGADO, e do único caso de ROTURA DE BEXIGA.

TABELA V

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA - SÍNDROME PERFURATIVA

* LOCAL DE PERFURAÇÃO

LOCALIZAÇÃO	Nº DE CASOS/ Nº TOTAL DE CASOS
COLO	3/6
DELGADO	2/6
BEXIGA	1/6
TOTAL	6/6

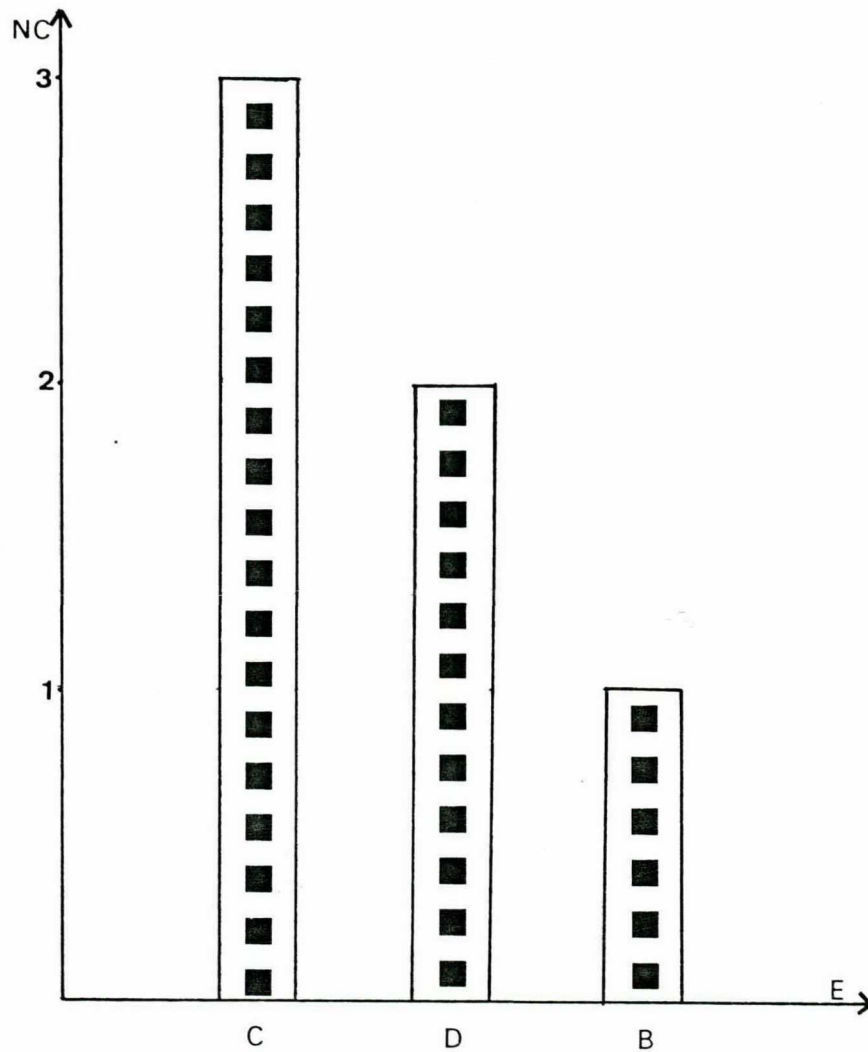
* Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital
Santa Isabel - Blumenau - SC (Jan 80 - Abr 85)

O GRÁFICO VII - também demonstra a predominância do CO
LON sobre as outras localizações de perfuração.

GRÁFICO VII

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA* - 192 CASOS

SÍNDROME PERFURATIVA - LOCAL DE PERFURAÇÃO



C — CÓLON

D — DELGADO

B — BEXIGA

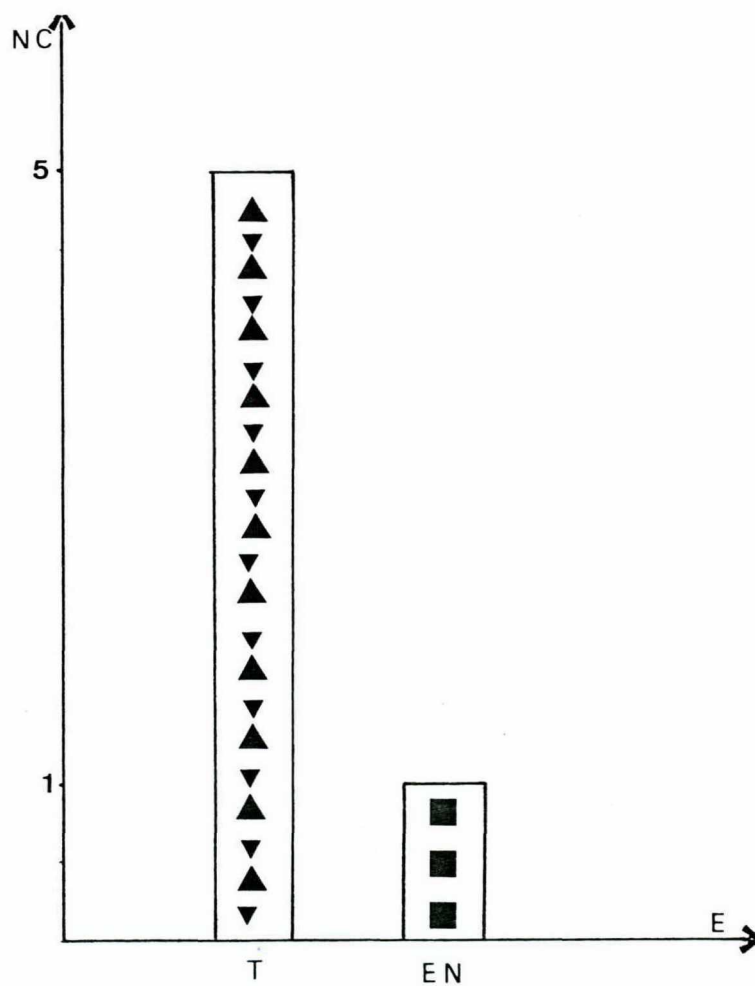
*Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital
Santa Isabel - Blumenau - SC - (jan 80 - abr 85)

O GRÁFICO VIII apresenta de maneira clara, o TRAUMA, como etiologia mais frequente de SÍNDROME PERFURATIVA na série estudada.

GRÁFICO VIII

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA* - 192 CASOS

SÍNDROME PERFURATIVA - Nº DE CASOS POR ETIOLOGIAS



TRAUMÁTICA



ENTERITE NECROTIZANTE

*Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital Santa Isabel - Blumenau - SC (jan 80 - abr 85)

A SÍNDROME HEMORRÁGICA contou neste estudo com 18 ca sos (100%) dos quais 17 (94,44%) ocorreram em crianças maiores e apenas um (1) caso (5,55%) na faixa etária dos recém-natos , onde a etiologia observada neste último, foi a DOENÇA HEMORRÁGICA DO RECÉM-NATO. A ROTURA ESPLÊNICA foi a causa mais frequente de SÍNDROME HEMORRÁGICA com 12 (66,66%) dos 17 (94,44%) casos ocorridos entre as crianças maiores. A ROTURA HEPÁTICA , acometeu também duas (2) crianças maiores (11,11%) e as demais etiologias marcaram presença nesta síndrome com um (1) ca so (5,55%) cada uma.

O fato de a ROTURA ESPLÊNICA e a ROTURA HEPÁTICA serem as duas mais frequentes causas de ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO vem reafirmar o que se disse a respeito da maior susceptibilidade das crianças maiores ao TRAUMA.

Quinze (15) foram os casos vistos em representantes do sexo masculino e 3 assinalados entre as mulheres. As 3 etiologias hemorrágicas dominantes nas mulheres foram a ROTURA ESPLÊNICA com hemoperitônio e hematoma retroperitônioal; a LACE RAÇÃO DE MESENTÉRIO e o CISTO DE OVÁRIO COM ROTURA E HEMORRÁGIA.

A ROTURA ESPLÊNICA é citada na literatura como a maior causa de ABDOME AGUDOS HEMORRÁGICOS.^{4,8,14}

TABELA VI

ABDOME AGUDO NA CRIANÇA - SÍNDROME HEMORRÁGICA

* NÚMERO DE CASOS POR ETIOLOGIAS

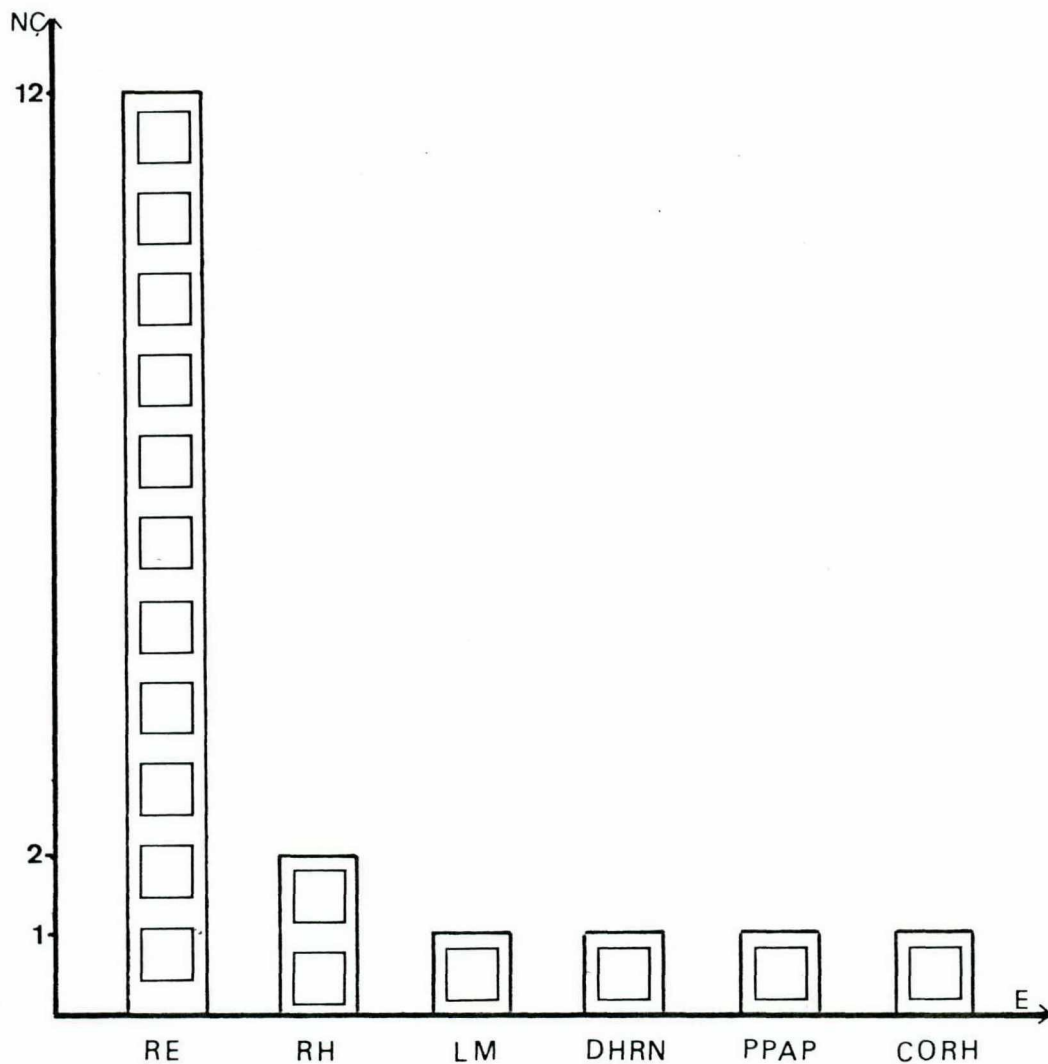
FAIXA ETÁRIA	RN		LAC		CM		TOTAL	
ETIOLOGIA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ROTURA ESPLÊNICA	-	-	-	-	12	66,666	12	66,666
ROTURA HEPÁTICA	-	-	-	-	2	11,111	2	11,111
LACERAÇÃO DE MESENTERIO	-	-	-	-	1	5,555	1	5,555
DOENÇA HEMORRÁGICA DO RECÉM NASCIDO	1	5,555	-	-	-	-	1	5,555
PERFURAÇÃO DE PAREDE ANTERIOR E POSTERIOR	-	-	-	-	1	5,555	1	5,555
CISTO DE OVÁRIO COM ROTURA E HEMORRAGIA	-	-	-	-	1	5,555	1	5,555
TOTAL	1	5,555	-	-	17	94,442	18	100

* Serviço de Cirurgia Pediátrica - Divina Providência - Hospital Santa Isabel - Blumenau - SC (Jan 80 - Abr 85)

GRÁFICO IX

ABDOMEN AGUDO NA CRIANÇA* - 192 CASOS

SÍNDROME HEMORRÁGICA - NÚMERO DE CASOS POR ETIOLOGIAS



RE ROTURA ESPLÊNICA (BAÇO)

RH ROTURA HEPÁTICA

LM LACERAÇÃO DE MESENTÉRIO

DHRN DOENÇA HEMORRÁGICA DO RECÉM-NASCIDO

PPAP PERFURAÇÃO DA PAREDE ANTERIOR E POSTERIOR

CORH CISTO DE OVÁRIO COM ROTURA E HEMORRAGIA

*Serviço de Cirurgia Pediátrica, - Divina Providência - Hospital Santa Isabel - Blumenau - SC - (jan 80 - abr 85)

Concluindo; temos no GRÁFICO IX a reprodução gráfica da TABELA VI sendo colocada em evidência a maior causa de SÍNDROME ABDOMINAL AGUDA HEMORRÁGICA: A ROTURA DE BAÇO.⁴

C O N C L U S Õ E S

1. O abdome agudo constitui um dos problemas mais importantes da prática médica. Isto é comprovado pela sua alta incidência, pelas dificuldades e dúvidas no seu diagnóstico e, sobretudo, pela necessidade de se chegar a um diagnóstico precoce com o auxílio de métodos propedêuticos simples.

2. Diante da classificação sindrômica do abdome agudo em OBSTRUTIVO, INFLAMATÓRIO, PERFURATIVO e HEMORRÁGICO, o profissional médico torna-se isento da responsabilidade de um diagnóstico etiológico, passando a ser o mais importante então, a decisão precoce se o doente necessita ou não de uma intervenção cirúrgica, e se esta deve ser realizada imediatamente ou não.

3. O cirurgião deve ter em mente todas as etiologias possíveis relacionadas à síndrome aguda diagnosticada, com propósito de saber o que procurar durante o ato cirúrgico.

4. A idade do paciente desempenha um papel preponderante no diagnóstico diferencial em abdome agudos.

5. As causas mais frequentes de abdome agudo na cri-

ança aqui verificadas, foram: estenose hipertrôfica de piloro, anomalia ano-retal, doença de Hirschprung, má rotação intestinal, bridas congênitas, hérnia inguinal estrangulada, invaginação intestinal, bridas adquiridas, volvo intestinal, apendicite aguda, peritonite secundária, perfuração traumática do colo e delgado e rotura traumática do baço e do fígado.

6. No primeiro ano de vida a SÍNDROME OBSTRUTIVA destacou-se como a mais frequente.

7. Entre as crianças maiores a SÍNDROME INFLAMATÓRIA revelou-se absoluta, não ocorrendo nenhum caso da referida síndrome em recém-nascidos e lactentes.

8. A APENDICITE AGUDA, dentre todas as etiologias de abdome agudo relatadas neste estudo, foi a que predominou.

9. A SÍNDROME OBSTRUTIVA com suas causas congênitas e adquiridas, apareceu com maior número de etiologias.

10. AS SÍNDROMES INFLAMATÓRIA, PERFURATIVA e HEMORRÁGICA não se fizeram representar entre os lactentes.

11. AS SÍNDROMES PERFURATIVA e HEMORRÁGICA tiveram o TRAUMA mecânico como principal energia desencadeadora das etiologias relacionadas em cada uma destas síndromes.

12. Considerando a sua praticidade, a sistematização do abdome agudo em síndromes segundo a classificação de CURTI poderia ser adotada pelos diversos serviços de cirurgia espalhados pelo país.

S U M M A R Y

A hundred ninety-two (192) children admitted to the Santa Isabel Hospital (Blumenau-SC) in the period of January 1980 to April 1985 with diagnosis of acute abdominal syndrome, were analysed.

The disease was more frequent in males (125 cases , 65,10%).

The little patients were subdivided according to the ages in: NEWBORNS, SUCKLINGS, and OLDER CHILDREN.

The etiologies were divided into four (4) syndrome groups: OBSTRUCTIVE, INFLAMMATORY, PERFORATIVE and HEMORRHAGIC.

The study called attention to the great value of the syndromic division, as well as to the patient's ages for the differential diagnosis.

The OBSTRUCTIVE SYNDROME had the higher frequency in the first year of life, with 60 cases (96,77%).

The INFLAMMATORY SYNDROME was found exclusively among the OLDER CHILDREN GROUP (85 cases).

Among the SUCKLING GROUP, only ACUTE OBSTRUCTIVE SYNDROME occurred (46 cases).

Concluding, the real importance is to decide, if the little patient needs a clinical or a surgical treatment.

R E F E R Ê N C I A S

1. ALCÂNTARA, P. & MARCONDES, E. - *Pediatria Básica*. São Paulo, Sarvier, Vol 3:63, 1978.
2. ANDERSON, N.; GRIFF, H.; MURPHY, J.; et al. - Is appendicitis familial? British Medical Journal.; 2:697, 1979.
3. ARAÚJO, E. J. de; GOLDBERG, P.; QUARESMA, E. R.; CAPELLA, M. R. et cols. - Apendicite Aguda na Criança. Arquivos Catarinenses de Medicina, Fpolis, Vol 12:(3) 153-159, 1983.
4. BETTEX, M.; KUFFER, F. & SCHÄRLI, A. - *Cirurgia Pediátrica*. Barcelona, Toray - Masson S.A.; 165-169, 1978.
5. BROWN, F. B. - *Cirurgia Pediátrica*. México D.F.; Ediciones - nes Medicas Del Hospital Infantil, 179 - 480, 1969.
6. BUD, D. C.; FOUTY, W. J. Jr.- Familial Retrocecal Appendicitis. American Journal Surgery. 133 :670, 1977.
7. BURKITT, D.P: The etiology of appendicitis. British Journal of Surgery. ; 58: 695, 1971.
8. CAPELLA, M. R. ; GOLDBERG, P & OSÓRIO, A. - Etiologia das Síndromes Abdominais Agudas Cirúrgicas na Criança. Arqui

- vos Catarinenses de Medicina, Fpolis, Vol 3:(1) 35-38 , 1973.
9. CAPELLA, M. R.; GOLDBERG, P.; QUARESMA, E. & RUIZ, J. s. et cols. - Perfuração Gastrointestinal no Recém-Nascido . Jornal de Pediatria, 55 (2): 143-147, 1983.
- 10.COPE, Z. - Diagnóstico Precoce do Abdome Agudo. Rio de Janeiro, Atheneu, 1-14, 1976.
- 11.CURTI, P. - Cirurgia Pediátrica, São Paulo, Sarvier, 341 - 349, 1972.
- 12.CURTI, P. - Medicina e Cirurgia de Urgência, São Paulo, Departamento de Publicações do C.A. "Oswaldo Cruz", Faculdade de Medicina da USP, Vol 1: 34-53, 1961.
- 13.DANI, R. & CASTRO, L. P. - Gastroenterologia Clínica, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, Vol 2: 1169-1185, 1981.
- 14.FERNANDES, A.Fº.; FERRAZ, O. P. Fº.; - Abdome Agudo na Criança, Fpolis, Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Santa Catarina, 1984.
- 15.GROB, M. - "O Abdome Agudo na Criança". In Anais Nestlé , (79) : 5-19, 1968.
- 16.GROFF, D. B. - Handbook os Pediatric Surgical Emergencies , New York, Medical Examination Publishing Company, Inc , 75-90, 1975.
- 17.JEWETT, T. C. Jr.; ALLEN, J. E. and TAN, S.S. - The use of sulfa in acute perfured appendicitis in children, Journal Pediatr.; 6:121, 1971.
- 18.NOVEROSKE, R. J. - Tolerance vermiform appendix to preassure, J. Indiana State Medical Association, 71: 1144, 1978.
- 19.TUBINO, P. - Abdome Agudo na Infância, Brasília, Jornal de Pediatria, Vol.54 (3) 111-134; 1983.
- 20.WALKER, A. R.; RICHARDSON, B.D.; W. AKER, et al,- Appendicitis fiber intake and bowel behavior in ethnic groups in South Africa, Postgrad. Med. J., 49:243, 1973.

- 21.WOLF, H. G. - El Abdomen Agudo En Pediatría, Barcelona, Editorial Científico - Medica, 37-105, 1972.

**TCC
UFSC
PE
0218**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0218

Autor: Varela, Everton L

Título: Etiologia do abdome agudo na cri



972809568

Ac. 253854

Ex.1 UFSC BSCCSM